

ÇPGD PROGRAMI RİSKLİ OLGU HASTANE GERİ BİLDİRİM FORMU *

İhbar eden hastane:

İhbar tarihi :

İhbar nedeni:

Merkez ekip ihbarı alan adı-soyadı:

Aile Sağlığı Birimi		Olgunun adı-soyadı Doğum tarihi TC Kimlik No	
Olgunun aile hekimi/ hekimi		Adresi Telefonu	
Olgunun aile sağlığı elemanı/ebe/hemşiresi		Ailenin göç durumu	

Olgu türü: Gebe Bebek Çocuk

ÇPGD Programına	<input type="checkbox"/> Alınmış Tarih:	<input type="checkbox"/> Alınmamış/yeni alındı Tarih:
-----------------	---	---

Olgunun son 3 kilosu ve boyu:

Tarih:	1.kilo ve boy:	Tarih:	2.kilo ve boy:
Tarih:	3.kilo ve boy:	Hb:Tarih:	

- ÇPGD görüşmesindeki riskler:** Persentil eğrisinde problem..... Temel ihtiyaçları karşılayamama.....
 Ruhsal hastalıklar/Ank.Dep.Psikoz)..... Gelişim Bilgileri Tablosunda problem.....
 İhmal ve istismar..... Kullandığı AP yöntemi.....
 Aile içi şiddet..... Diğer.....

Evde yaşayan kişi sayısı:

Sağlık Güvencesi	<input type="checkbox"/> SSK	<input type="checkbox"/> Bağ-kur	<input type="checkbox"/> Emekli Sandığı	<input type="checkbox"/> Yeşil Kart	<input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> Yok
Varsa olgunun hekime yönlendirme nedeni/tarihi:	Varsa 2. / 3. Basamağa sevk yeri/ nedeni		Sevklele İlgili geri bildirim / Sonucu			

İhbar öncesi aile hekimliği birimi tarafından sağlanan destekler İhbar öncesi merkez ekibinden talep edilenler

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Beslenme eğitimi desteği | <input type="checkbox"/> Düzenli besin desteği |
| <input type="checkbox"/> Beslenme broşürü | <input type="checkbox"/> İlaç desteği |
| <input type="checkbox"/> Uyarıcı eğitimi desteği | <input type="checkbox"/> Uyarıcı materyali desteği..... |
| <input type="checkbox"/> Aile planlaması eğitimi desteği | <input type="checkbox"/> Tıbbi destek..... |
| <input type="checkbox"/> Diğer eğitim destekleri (hijyen, aşı vb.):..... | <input type="checkbox"/> Merkez ekibi değerlendirme desteği..... |
| <input type="checkbox"/> Emniyet Müdürlüğü-Jandarmaya bildirim | <input type="checkbox"/> Diğer destekler..... |
| <input type="checkbox"/> SHÇEK'e bildirim | |
| <input type="checkbox"/> Çocukları Koruma Şubesi'ne bildirim | |
| <input type="checkbox"/> İlçe Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfına yönlendirme | |
| <input type="checkbox"/> Diğer destekler..... | |

Merkez Ekip Değerlendirmesi

- | | | | |
|-------------------------------------|---|--|--|
| Olgu ÇPGD Programı kapsamında | <input type="checkbox"/> Düzenli takip ediliyor | <input type="checkbox"/> Düzensiz takip ediliyor | <input type="checkbox"/> Takip edilmiyor |
| Büyüme(persentil) takibi | <input type="checkbox"/> Düzenli | <input type="checkbox"/> Düzensiz | <input type="checkbox"/> Takip edilmiyor |
| Olgunun risk faktörleri | <input type="checkbox"/> Fark edilip/önlem alınıyor | <input type="checkbox"/> Eksikler var | <input type="checkbox"/> Fark edilmiyor |
| Hekim değerlendirmesine ihtiyaç | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yok | |
| Merkez ekip olgu ziyaretine ihtiyaç | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yok | |

Olgunun kısa hikâyesi:.....
.....

İhbar sonrası olguya sağlanan destekler:.....
.....

Notlar:.....
.....

* Bu form hastane tarafından geri bildirim amacıyla kullanılacaktır. Aile hekiminin doldurması gerekmemektedir. Bilgi amacıyla konulmuştur.

